

Comisión de Acción Metropolitana

Solicitud para servicios FY 2022-2023



Esta solicitud se puede utilizar para solicitar todos los programas y servicios que ofrece la Comisión de Acción Metropolitana. La información proporcionada se utilizará para determinar su elegibilidad para los programas y servicios proporcionados por la MAC. Es posible que se requiera información adicional para cada programa específico. Para obtener más información sobre programas específicos, visite nuestro sitio web en www.nashville.gov/mac o comuníquese con nuestra oficina al 615-862-8860 o por correo electrónico metro.action@nashville.gov

	Utilice esta Solicitud para ver qué programas y asistencia puede recibir.	<ul style="list-style-type: none"> Programas y servicios que ofrece la MAC para personas y familias de bajos ingresos Información y referencia a socios comunitarios
	¿Quién puede usar esta Solicitud?	<ul style="list-style-type: none"> Residentes del Condado de Davidson Utilice esta aplicación para solicitar para cualquier miembro de su familia Las familias que incluyen inmigrantes pueden solicitar. Puede presentar una solicitud para su hijo(a) incluso si no es elegible para recibir asistencia. Solicitar asistencia no afectará su estatus migratorio ni sus posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.
	Cosas que pueda necesitar para completar esta Solicitud	<ul style="list-style-type: none"> Una identificación emitida por el gobierno (por ejemplo, licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o federal, pasaporte, certificado de nacimiento, identificación militar, tarjeta de registro de votante) Números de Seguro Social (o números de documento para cualquier inmigrante legal) Información sobre el empleador y los ingresos de todos los miembros de su familia (por ejemplo, recibos de sueldo, formularios W-2, resúmenes bancarios o declaraciones de salarios e impuestos)
	¿Por qué solicitamos esta información?	Le preguntamos sobre sus ingresos y otra información para informarle qué tipo de asistencia es elegible para recibir. Es posible que se le solicite información adicional para cumplir con los requisitos específicos del programa. Mantendremos la confidencialidad y privacidad de toda la información que proporcione, según lo exige la ley.
	¿Qué pasa luego?	<p>Presente o envíe su Solicitud completa y firmada a: Comisión de Acción Metropolitana 800 2nd Avenue North Nashville, TN 37201</p> <p>¿Qué sucede si no tiene toda la información necesaria para la Solicitud? El no proporcionar la información requerida puede retrasar el procesamiento de su solicitud. Puede firmar y enviarnos su solicitud de todos modos. Después de que recibamos su solicitud, veremos qué datos faltan. Luego le enviaremos una carta pidiéndole que proporcione lo que necesitamos.</p> <p>Después de que recibamos su solicitud y los datos que necesitamos, le enviaremos una carta para informarle la decisión. Si tiene preguntas, comuníquese con nuestra oficina al 615-862-8860 o por correo electrónico a metro.action@nashville.gov.</p>

¿Necesita ayuda con su solicitud? ¿Necesita ayuda en un idioma que no sea inglés? Cuando llame, háganos saber el idioma que necesita. Le ayudaremos sin costo alguno para usted. ¿Tiene un problema de audición o del habla y usa TTY? Llame al **1-800-848-0298**, luego marque el **615-862-8860**. Nosotros le ayudaremos sin ningún costo si tiene un problema auditivo o de habla y si usa TTY. Llámenos a nuestro centro de ayuda gratuita al **615-862-8860**.



Comisión de Acción Metropolitana

Solicitud para servicios FY 2022-2023



Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: **TN** Código postal: _____ N.º de teléfono: (____) _____

Dirección postal: _____ Dirección de correo electrónico: _____
(Si difiere de la dirección postal)

¿Qué servicios necesita? *(Marque todas las que correspondan)*

Ayuda para pagar Factura de calefacción y refrigeración (es decir, electricidad, gas u otros, como madera, propano) Factura de agua Impuesto a la propiedad (personas mayores de 60 años y más) Renta o hipoteca vencida Depósitos de recuperación/alquiler o servicios públicos para personas sin hogar Asegurar/Alimentos prescritos

Ayuda para obtener Un ventilador u aire acondicionado (**1 de mayo al 30 de agosto únicamente**) Educación de la primera infancia (es decir, madres embarazadas y niños desde el nacimiento hasta los 5 años) Educación para adultos (es decir, obtener un diploma equivalente a la escuela secundaria y obtener apoyo para cursos de preparación para la universidad y capacitación laboral)

Declaración de necesidad: (Explique su situación actual)

Información sobre cada miembro del hogar
Comience la lista con el/la jefe(a) de familia, luego el cónyuge, luego el hijo mayor, etc.

Al proporcionar información sobre raza/etnicidad, ayude a mostrar si Tennessee está siguiendo las leyes de derechos civiles. (Su hogar no está obligado a darnos esta información y no afectará su elegibilidad o nivel de beneficios). Utilice lo siguiente para indicar:

RAZA: A = Asiático, B-De color/Afroamericano, H = Nativo de Hawái/Otra Isla del Pacífico, I = Amerindio/Nativo de Alaska, W = Blanco

SEGURO DE SALUD: MC- Medicare, MD- Medicaid, C- CoverKids, M- Militar, D- Compra directa, E- Laboral, N- Sin seguro de salud, I-Seguro de salud indígena, T- TennCare

TIPO DE INGRESO: EFT-Empleo, a tiempo completo, EPT-Empleo, a tiempo parcial, M-Agricultor migrante, SSI/SSDI, SS-Seguridad Social, VA-Beneficios de VA, A-Pensión alimenticia, CH-Manutención infantil, SE-Autónomo, P-Pensión, F-Apoyo familiar, N-Ninguna si es \$0.

NIVEL DE EDUCACIÓN: P/K-Pre-escolar, K-12-Unscrito en K-12 indique el grado, N-Sin HS, HS-Diploma de escuela secundaria/GED, PS-Inscrito en una clase de capacitación postsecundaria u otra, C-Certificado, G-Título de asociado o licenciatura, GR-Escuela de posgrado o superior



Nombre	Fecha de nac.	N.º de SS completo <i>(La incapacidad o la negativa a proporcionar el NSS puede resultar en la denegación, a menos que sea un niño menor de 1 año)</i>	Raza	Hispano O Latino	Sexo (M, F, u O para otro)	Discapitado	Servicio activo o veterano	Cuidado infantil Cupón	Seguro de salud	Tipo de seguro de salud	Nivel de educación	Relación con el solicitante	Tipo de Ingreso	Ingreso
1.	/ /			S N		S N	S N	S N	S N					
2.	/ /			S N		S N	S N	S N	S N					
3.	/ /			S N		S N	S N	S N	S N					
4.	/ /			S N		S N	S N	S N	S N					
5.	/ /			S N		S N	S N	S N	S N					
<i>(Si necesita espacio para más miembros, solicite una hoja de miembro del hogar adicional).</i>													Ingresos totales del hogar: \$	

1. Información sobre el programa

Complete la **Información sobre el programa** si necesita ayuda para pagar cualquiera de los siguientes:

(1) facturas de calefacción o refrigeración como electricidad, gas u otros tipos como madera o propano, (2) factura de agua o (3) calefacción o refrigeración y agua. Si la respuesta es No, vaya a la Sección 2.

Ayuda energética:

¿Necesita ayuda para pagar su factura de calefacción/refrigeración? Sí No

Si la respuesta es No, pase a la sección **Ayuda con la climatización** a continuación.

Marque solo una de las siguientes:

- Me han desconectado la electricidad o el gas.
- He recibido un aviso de corte.
- Ninguno de los anteriores describe mi situación, pero estoy buscando ayuda con mi factura actual.

Nombre del proveedor del servicio de energía: _____

Número de cuenta: _____

Nombre en la factura: _____

Ayuda con la climatización:

¿Su residencia ha recibido aislante por medio del Programa de Acondicionamiento de Viviendas de la Agencia Metropolitana de Desarrollo y Vivienda (Metropolitan Development and Housing Agency, MDHA)? Sí No

Si no, ¿le interesa? Sí No

Ayuda con el agua:

¿Necesita ayuda para pagar su factura de agua? Sí No

Si la respuesta es No, pase a la Sección 2 **Información del hogar**.

Marque solo una de las siguientes:

- Mis servicios de agua han sido desconectados.
- Estoy atrasado en el pago de mi factura de agua y corro el riesgo de recibir un aviso de desconexión.
- Estoy buscando ayuda con mi factura actual. No estoy atrasado en mi factura, pero estoy teniendo dificultades para mantener los gastos debido a situaciones incontrolables.

Nombre del proveedor de servicio de agua: _____

Número de cuenta: _____

Nombre en la factura: _____

2. Información del hogar

Complete la sección *Información del hogar* para describir mejor su situación. (Complete todas las preguntas).

Situación habitacional:

¿Cuál es su situación habitacional?

Alquilo Propia

Sección 8 o Vale de elección de vivienda

Vivo temporalmente con familiares o amigos

Estoy sin hogar

Vivienda de Apoyo Permanente
(Permanent Supportive Housing, HUD)

HUD-VASH

Otro (especifique) _____

Tipo de hogar:

¿Cuál es su actual tipo de hogar?

Única persona

Madre soltera

Padre soltero

Dos adultos, con hijos

Dos adultos, sin hijos

Hogar multigeneracional

Otro (especifique) _____

¿Cuál es su renta/hipoteca mensual? _____

¿Cuál es su estado civil?

Casado(a)

Nunca casado

Divorciado(a)

Viudo(a)

Separado(a)

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

Apoyos:

¿Tiene otros apoyos familiares, comunitarios o de agencias?

Sí No

Si la respuesta es Sí, indicar: _____

(Vaya a la siguiente página)

Información del hogar (continuación)

Información de desempleo:

¿Alguien en su hogar ha recibido beneficios de desempleo en los últimos 30 días? Sí No

¿Alguien ha recibido el Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo (EITC o EIC)? Sí No

Información sobre beneficios:

¿Alguien en su hogar recibió SNAP, WIC, LIHEAP, Ley sobre Cuidado de Salud a Bajo Precio este último año (es decir, a partir del 1 de octubre de 2022)? Sí No

Si la respuesta es Sí, especifique el tipo: _____

Nutrición:

¿Su familia se preocupa de que se acaben los alimentos antes de que haya dinero para comprar más al menos una (1) o más veces al mes? Sí No

¿Está satisfecho con los bancos/bolsas de alimentos? Sí o No

Transporte:

¿Tiene transporte? Sí No ¿Es confiable? Sí No

¿Cuál describe mejor su acceso al transporte? car autobús con familiares o amigos Otro _____

Cuidado infantil:

¿Tiene cuidado infantil? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿es confiable? Sí o No

No tengo hijos

Pago por el cuidado infantil: \$ _____/semana.

Tipo de cuidado: _____

Mi hijo o hijos participan en Head Start/Early Head Start, ¿en qué local? _____

Mi hijo o hijos van a la escuela y reciben el cuidado después de clases apropiado.

Mi hijo o hijos van a la escuela sin recibir el cuidado después de clases apropiado.

No cuento con opciones de cuidado infantil asequibles

Tengo cuidado infantil subsidiado (certificado)

Un amigo o familiar me brinda cuidado infantil

Otro: _____

Seguro de salud:

¿Necesita Seguro de salud?: Sí No

- Mi empleador me brinda seguro médico.
- Los miembros de mi hogar tienen seguro médico provisto por mi empleador.
- Recibo beneficios de licencia por enfermedad.
- Tengo un plan de retiro que incluye seguro de salud

- Los miembros de mi hogar tienen TennCare, Medicaid, Medicare o algún otro tipo de seguro provisto por el gobierno.
- No cuento con seguro de salud
- Los miembros de mi hogar no cuenta con seguro de salud.
- Recibo asistencia complementaria para medicamentos recetados para ayudar a pagar mis medicamentos.
- Tengo un copago por medicamentos

- No tengo seguro médico complementario para ayudar a pagar mis medicamentos.
- Yo (o cualquier miembro de mi hogar) muchas veces no tomamos medicamentos debido a la falta de dinero.
- Otro: _____
- Tengo una condición médica que afecta mi habilidad para contribuir en mi hogar. De ser así, por favor explique: _____

¿Necesita ayuda para solicitar cobertura de salud para alguien en su hogar? Sí No

Si la respuesta es *Sí*, podemos ayudarle a solicitarla en www.healthcare.gov.

¿Necesita ayuda para pagar sus primas mensuales de Medicare? Sí No

Si la respuesta es *Sí*, podemos ayudarle a solicitarla en <https://tenncareconnect.tn.gov/>.

Si no tiene seguro médico, ¿necesita ayuda para pagar los medicamentos recetados?

Sí No

Si la respuesta es *Sí*, podemos ayudarle a solicitar cobertura de medicamentos recetados en <https://www.optumrx.com/coverrx>.

(Vaya a la siguiente página)

3. Autorización para Publicación de información y certificaciones

La *Publicación de información* se utiliza para brindarle un mejor servicio. Debemos poder compartir su información con otros programas y/o socios para determinar la elegibilidad, inscribirlo en nuestros programas y servicios, y proporcionar información y referencias a nuestros socios comunitarios.

Por la presente, autorizo a la Comisión de Acción Metropolitana (Metropolitan Action Commission, MAC), sus agentes, empleados o socios a solicitar información de todos los proveedores de vivienda, servicios públicos e ingresos que figuran en los formularios relacionados de la MAC. Acepto que las copias de esta autorización se pueden utilizar para los fines mencionados anteriormente. **¿Está de acuerdo?** **Sí** **No**

Certifico que, en la medida de mi conocimiento, toda la información que he proporcionado es veraz y correcta. Entiendo que si me reservo cualquier información y recibo servicios a los que no tengo derecho, puedo verme sujeto a un proceso penal de acuerdo con las leyes del Estado de Tennessee. En la mayor medida de lo posible, por este medio libero y descargo permanentemente, y me comprometo a no demandar y a indemnizar y mantener a salvo al Gobierno Metropolitano y a sus funcionarios, agentes, empleados y voluntarios en contra de todas y cada una de las responsabilidades, reclamaciones, exigencias y causales de demanda de cualquier tipo, debido a cualquier pérdida, daño, enfermedad o lesión a personas o bienes materiales que ocurran de cualquier manera como resultado de mi solicitud de asistencia y/o de otras actividades relacionadas, ya sea que se deban a negligencia, error, acción u omisión del Gobierno Metropolitano o de cualquier otra persona u organización. Certifico que he sido informado del proceso de apelación según las disposiciones de esta agencia y que se me notificará (escrito o verbalmente) sobre mi estado de elegibilidad dentro del período de tiempo reconocido por las políticas de la MAC. Declaro bajo pena de perjurio que el solicitante es ciudadano de Estados Unidos o un extranjero calificado según la definición de 8 U.S.C. 1641(b).

¿Algún miembro de su hogar o familia inmediata está empleado por la Comisión de Acción Metropolitana? **Sí** **No**
Si la respuesta es sí, indicar el nombre del empleado _____

Firma: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Persona asistente / Representante autorizado: Nombre: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Si su *Persona asistente* es parte de una organización que lo ayuda a solicitar asistencia, indique la organización a continuación.

Nombre de la organización: _____ **Dirección:** _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

A ser completado solo por el personal de la agencia:

Solo para uso de la oficina

Fecha de recepción de la solicitud: ____ / ____ / ____

Fecha en que llenó la solicitud: ____ / ____ / ____

Estado de la solicitud: Aprobada Rechazada Fecha: ____ / ____ / ____

Período de elegibilidad: ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

Cantidad de miembros del hogar: _____

Ingresos totales anuales: _____

Verificación de ingresos: Sin declaración de ingresos

Talón de cheque Detalle

Carta de adjudicación

Otro (especifique) _____

Firma del trabajador de ingresos: _____ **Fecha:** _____

La Comisión de Acción Metropolitana no discrimina por motivos de raza, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, ascendencia, condición de veterano o cualquier otra característica protegida por las leyes federales, estatales o locales, ni tampoco será excluida de la participación, se le negarán los beneficios o estará sujeta a discriminación en la operación de las actividades del programa y empleo.